

LES EPICONDYLALGIES: DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL, INTERET DE LA MEDECINE MANUELLE OSTEOPATHIQUE

INTRODUCTION

Les douleurs de la face externe du coude constituent un motif de consultation très fréquent. Elles ne sont pas l'apanage du sportif et peuvent être provoquées par certaines activités professionnelles manuelles ou par une activité ménagère d'intensité inhabituelle. Globalement, une proportion équivalente d'hommes et de femmes est concernée.

Les épicondylalgies posent un problème de diagnostic différentiel face à un patient présentant une douleur de la face externe du coude, car l'atteinte du tendon commun des épicondyliens n'est pas la seule étiologie. Le rôle du médecin est avant tout de savoir en reconnaître l'origine, essentiellement grâce à l'examen clinique, parfois aidé d'examens complémentaires en cas de doute, afin de proposer un traitement adapté.

Nous insisterons plus particulièrement sur certaines causes (dysfonctions huméro-radiales, radio-cubitales supérieures, douleurs projetées d'origine cervicale, syndrome du défilé thoraco-brachial) car elles mettent en relief l'intérêt thérapeutique des manipulations articulaires, désormais reconnues sous la dénomination de médecine manuelle-ostéopathie. Nous aborderons l'approche diagnostique médicale ostéopathique de ces dysfonctions avant de décrire les techniques de correction spécifiques, dont l'intérêt réside surtout dans l'efficacité et l'innocuité, à condition qu'elles soient effectuées à bon escient et réalisées par un médecin ostéopathe expérimenté.

Un interrogatoire ainsi qu'un examen programmé minutieux, systématique et comparatif concernant le coude, mais également la ceinture scapulaire et le rachis cervical sont nécessaires pour faire le diagnostic étiologique. Les examens complémentaires, notamment radiologiques peuvent constituer une aide utile dans certains cas, mais sont loin d'être toujours nécessaires. Ils sont toutefois indispensables pour l'analyse du rachis cervical avant toute manipulation vertébrale, afin d'éliminer une contre-indication et d'éviter tout risque d'incident ou d'accident, dont on sait que la fréquence est très faible et souvent surestimée (1 accident pour 1 million de manipulations cervicales (5)).

Nous décrirons plus en détail les tableaux cliniques correspondant aux diagnostics accessibles à l'ostéopathie, ainsi que les conduites thérapeutiques correspondantes.

LES TABLEAUX CLINIQUES

Devant une épicondylalgie, cinq diagnostics principaux sont à retenir:

1/ La tendinite d'insertion des muscles épicondyliens (épicondylite vraie) est la cause la plus fréquente chez le sportif. Son mécanisme physiopathologique est une hyper-utilisation des extenseurs du poignet et des doigts (coude du joueur de tennis côté dominant, du golfeur côté non dominant). L'atteinte du tendon du 2ème radial est la plus souvent rencontrée, mais elle peut toucher également les autres tendons.

2/ Une dysfonction articulaire huméro-radiale ou radio-cubitale supérieure est plus rencontrée chez le sujet non sportif. Elle est liée à des mouvements répétitifs ou violents de pronosupination (vissage, serrage...) aboutissant à des contraintes articulaires anormales. L'incarcération d'une frange synoviale dans la cavité articulaire, l'altérations du ligament annulaire radio-cubital supérieur ou une dysfonction du ménisque huméro-radial expliquent le mécanisme physiopathologique.

3/ Une douleur projetée d'origine cervicale basse, pseudo-tendinite épicondilienne, secondaire à une dysfonction mécanique C5-C6 ou C6-C7. Celle-ci peut engendrer un syndrome d'hypersensibilité téno-périostée. La dysfonction cervicale représente l'origine du trouble périphérique ou constitue un facteur prédisposant. Le sujet présente parfois des antécédents de cervicalgies mécaniques. Les tests ostéopathiques de mobilité du rachis cervical permettent de définir de manière précise la dysfonction selon les perturbations bio-mécaniques retrouvées et de proposer un traitement par manipulation spécifique.

4/ Un syndrome du défilé thoraco-brachial, pouvant parfois donner une douleur isolée de la face externe du coude, mais en règle générale associée à un cortège d'autres signes,

5/ Enfin, une épicondylalgie neurogène, beaucoup plus rare, liée à la compression de la branche postérieure du nerf radial par l'aponévrose du court supinateur.

1/ LA TENDINITE VRAIE

DIAGNOSTIC

Le motif de consultation est une douleur de la face externe du coude survenant:

- au décours d'une activité sportive (tennis, escrime, golf, etc.) pratiquée avec une intensité inhabituelle ou avec un matériel inadapté (technopathie),
- ou classiquement à la suite d'un week-end de travaux ménagers .

La douleur peut revêtir un caractère inflammatoire marqué dans les tendinites hyperalgiques: douleurs nocturnes, irradiations le long du bord radial l'avant-bras.

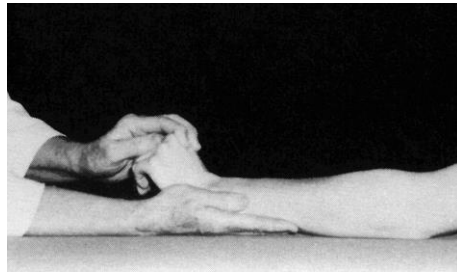
L'examen clinique, toujours comparatif, cherche à reproduire la douleur spontanée par la pression, puis l'étirement passif, puis enfin la contraction active résistée de l'élément concerné. On cherche ainsi à mettre en évidence les trois signes cardinaux de la tendinite.

1- douleur à la pression du tendon commun des épicondyliens, légèrement en avant ou au niveau-même de l'épicondyle, l'inflammation pouvant concerner le périoste recouvrant l'épicondyle.

2- douleur à l'étirement du muscle, c'est-à-dire la flexion du poignet et des doigts associée à l'extension du coude,

3- douleur à la contraction contrariée du muscle:

- extension contrariée du poignet coude tendu (deuxième radial),



Test d'extension contrariée du poignet (photographie d'après Kendall)

- extension contrariée des doigts coude tendu (extenseur commun des doigts),
- supination contrariée (court supinateur),
- inclinaison cubitale du poignet contrariée (cubital postérieur).

TRAITEMENT

Les considérations préventives sont fondamentales: elles concernent le matériel sportif utilisé (diminution du poids et équilibrage de la raquette, diminution de la tension du cordage, élimination des vibrations...), ainsi que la technique propre du geste sportif (modifications du revers, du swing...) et peuvent donc nécessiter l'aide de l'entraîneur.

Le traitement médical curatif comporte de manière isolée ou associée, selon les habitudes de chacun:

- le repos sportif pendant au moins trois semaines, indispensable,
- la physiothérapie antalgique, notamment par ultrasons ou ionisations,
- les massages transverses profonds selon la méthode de Cyriax, à réserver aux formes chroniques ou rebelles en raison de leur caractère douloureux,
- la rééducation fonctionnelle des déséquilibres musculaires entre agonistes et antagonistes, en cas d'amyotrophie de sous-utilisation,
- l'infiltration locale d'un dérivé corticoïde associé ou non à un anesthésique local peut souvent être évitée et remplacée par la mésothérapie, méthode dont les intérêts essentiels sont l'innocuité, en raison de l'utilisation de petites doses d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens par voie locale et l'efficacité, le tendon traité étant très superficiel,
- l'immobilisation stricte, rarement nécessaire, n'est indiquée que dans les formes particulièrement hyperalgiques.

PLACE DU TRAITEMENT MANUEL OSTEOPATHIQUE

Certaines manœuvres d'inhibition musculaire, de contracté-relâché ou les techniques de Jones, dites de "Counterstrain" (4) ont un effet positif sur le spasme musculaire. Néanmoins, les tendinites vraies ne constituent pas une bonne indication au traitement

ostéopathique. Il s'agit d'un traitement adjuvant devant être associé aux autres traitements car, utilisées seules, il est malheureusement souvent insuffisant.

2/ L'ÉPICONDYALGIE ARTICULAIRE

Elle correspond à un dérangement articulaire huméro-radial ou de l'articulation radio-cubitale supérieure et fait suite, en règle générale, à des mouvements forcés et répétés du coude. Parfois, on observe cette épicondylalgie dans les suites d'une entorse du ligament latéral externe ou d'une luxation du coude, revêtant dans ce cas l'aspect d'une douleur séquellaire apparaissant dans les semaines qui suivent l'immobilisation.

DIAGNOSTIC

L'interrogatoire retrouve le plus souvent un surmenage articulaire (travaux de serrage ou de vissage, travaux ménagers...), parfois un traumatisme initial plus ou moins récent. Dans ce dernier cas, on devra pratiquer un bilan radiographique, si celui-ci n'a pas encore été effectué.

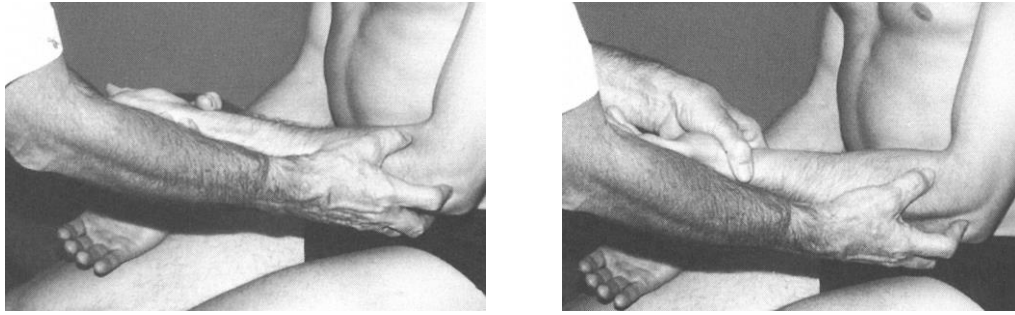
L'examen clinique retrouve une douleur à la palpation. Le siège de la douleur est situé plus bas que l'épicondyle et son tendon, au niveau-même de l'interligne articulaire huméro-radial ou bien sur le pourtour de la tête radiale.

Il faut étudier la mobilité active, passive et contrariée du coude.

La mobilité active est généralement normale. Les contractions contre résistance sont indolores: on ne retrouve pas les signes cardinaux de tendinite. L'étude de la mobilité passive constitue le temps fondamental de l'examen clinique: il permet de poser le diagnostic d'épicondylalgie d'origine articulaire. On évalue la mobilité passive en flexion-extension, en prono-supination coude fléchi et également en varus-valgus, sur un coude légèrement déverrouillé, afin d'en apprécier le jeu latéral. Enfin, on étudie le glissement passif antéro-postérieur de la tête radiale par rapport à la petite cavité sigmoïde du cubitus que l'on stabilise. Ce dernier test affine l'appréciation de la laxité du ligament annulaire radio-cubital supérieur.



Test de mobilité en varus-valgus



Tests de mobilité en prono-supination (photographie d'après Greenman) (1)

En effet, la laxité physiologique du ligament annulaire autorise un mouvement de glissement de la surface articulaire latérale de la tête radiale par rapport à la petite cavité sigmoïde du cubitus. Une rétraction ou une fibrose cicatricielle aura pour conséquence une limitation de la pronation ou de la supination.

Tous ces tests de mobilité seront effectués très soigneusement, de manière bilatérale et comparative, sur un sujet relâché, en évitant de provoquer la moindre douleur. La technicité de l'opérateur est un élément important pour la fiabilité du diagnostic.

Dans les suites d'entorse, on assiste à une phase de cicatrisation capsulo-ligamentaire qui aboutit à des rétractions, voire à une fibrose tissulaire localisée. Dans les atteintes micro-traumatiques, on note un dysfonctionnement par incarceration d'une frange synoviale ou un blocage méniscal. Quel que soit le mécanisme, il se produit une restriction partielle du jeu physiologique du coude qui aboutit à une augmentation des contraintes articulaires sur le cartilage et à la douleur.

Les douleurs sont donc la conséquence d'une limitation du jeu physiologique de l'articulation.

La traduction clinique de ces rétractions est une restriction de la mobilité passive du coude pouvant concerner un ou plusieurs mouvements articulaires physiologiques. C'est cette restriction de mobilité passive qui est l'élément clinique spécifique définissant la dysfonction ostéopathique.

Ainsi,

- lorsque la restriction de mobilité concerne le varus, on définit une dysfonction du coude dite en valgus ou en latéralité externe,
- lorsque la restriction de mobilité concerne le valgus, on définit une dysfonction du coude dite en varus ou en latéralité interne,
- lorsque la restriction de mobilité concerne le glissement antérieur de la tête radiale par rapport à la petite cavité sigmoïde, on définit une dysfonction du coude dite de tête radiale postérieure. Cette dysfonction s'accompagne d'une limitation de la pronation,
- lorsque la restriction de mobilité concerne le glissement postérieur de la tête radiale par rapport à la petite cavité sigmoïde, on définit une dysfonction du coude dite de tête radiale antérieure. Cette dysfonction s'accompagne d'une limitation de la supination,
- lorsque la restriction de mobilité concerne la décoaptation globale de la tête radiale, on définit une dysfonction du coude dite de tête radiale supérieure.
- lorsque la restriction de mobilité est une subluxation inférieure de la tête radiale, on définit une dysfonction du coude dite de tête radiale inférieure. Cette dysfonction retentit sur le poignet et s'accompagne d'une limitation de l'inclinaison radiale.

TRAITEMENT OSTÉOPATHIQUE

Il découle bien sûr du type de dysfonction, et donc des tests de mobilité. Le traitement vise la restitution de la fonction articulaire par ajustement spécifique de la mobilité limitée. On effectuera dans ce but une ou plusieurs corrections adaptées.

Ces manipulations articulaires devront obéir de manière stricte à la règle de la non-douleur, ce qui est le cas si les tests de mobilité ont été correctement pratiqués. Toute mise en tension douloureuse contre-indique la manipulation et doit en premier lieu remettre en question le diagnostic.

EXEMPLES DE TECHNIQUES DE MANIPULATIONS OSTÉOPATHIQUES

- coude en latéralité interne: manipulation en valgus
- coude en latéralité externe: manipulation en varus
- tête radiale antérieure: manipulation en flexion-supination



Technique de correction d'une tête radiale « antérieure »

- tête radiale postérieure (la plus fréquente):manipulation en extension-pronation



Technique de correction d'une tête radiale « postérieure »

- subluxation inférieure: manipulation en inclinaison radiale du poignet



Technique de correction d'une tête radiale « inférieure »

- défaut de décoaptation: manipulation en décoaptation axiale.



Technique de correction d'une tête radiale « supérieure »

Dans tous ces cas de figure, il ne faudra pas omettre l'examen du poignet et de la radio-cubitale inférieure, articulation mécaniquement liée à la radio-cubitale supérieure.

3/LA PSEUDO-TENDINITE D'ORIGINE CERVICALE

DIAGNOSTIC

Connue depuis les années 1950, elle a été étudiée par R. Maigne (2). La symptomatologie fonctionnelle est souvent très proche d'une épicondylite vraie: la pseudo-tendinite épicondyléenne se manifeste par une douleur de la face externe du coude, parfois associée à une cervicalgie.

A l'examen clinique, la mobilité passive du coude est normale. On retrouve une douleur à la palpation de l'insertion ténéo-périostée, mais le fait marquant est l'absence de signes isométriques, c'est-à-dire l'absence de douleurs provoquées par les contractions contrariées des muscles épicondyliens.

Devant une douleur ténéo-périostée siégeant sur l'épicondyle et en l'absence de signes isométriques, on doit rechercher une dysfonction du rachis cervical. Celle-ci se retrouve à l'étage C5-C6, ou bien C6-C7. Elle peut être "active" et donc douloureuse ou bien totalement asymptomatique au moment de l'examen avec absence de cervicalgie.

En médecine manuelle ostéopathique, la technique de recherche de cette dysfonction est fondée sur les tests de mobilité passive du rachis cervical, car ce sont les seuls tests qui permettent de définir le mouvement physiologique limité et de poser l'indication de la manipulation spécifique nécessaire à la correction.

Plusieurs techniques de tests sont possibles:

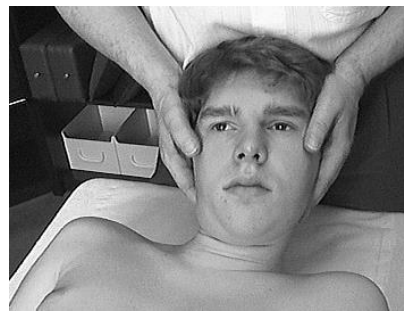
1/ tests analytiques segmentaires, en position assise ou en décubitus dorsal:

- test en flexion: la main évalue l'écartement des épineuses,
- test en extension: la main évalue le rapprochement des épineuses,
- test en inclinaison latérale droite et gauche:
 - évaluation de la mobilité segmentaire en convergence articulaire du côté de l'inclinaison latérale et de la divergence articulaire du côté opposé,
- test en rotation droite et gauche:
 - évaluation de la mobilité segmentaire en convergence articulaire du côté de la rotation et de la divergence articulaire du côté opposé,

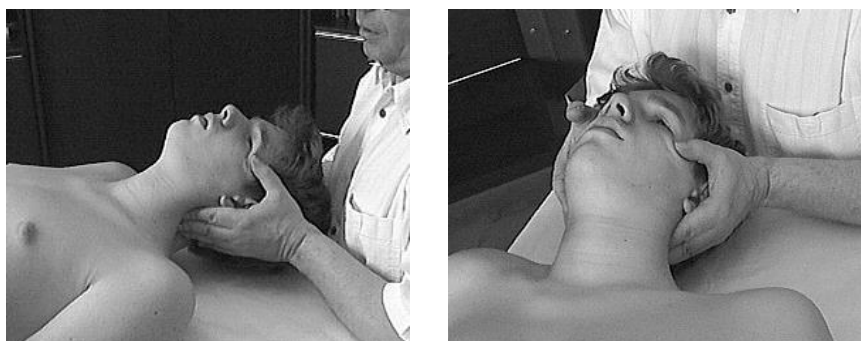
2/ tests combinés en décubitus dorsal (4):

Ils permettent d'arriver au diagnostic du type de dysfonction articulaire étudiant les variations du mouvement segmentaire d'inclinaison latérale, d'abord en position neutre, puis en flexion et enfin en extension.

Tout comme pour les tests de mobilité du coude, tous ces tests doivent être effectués par un opérateur expérimenté à la technique ostéopathique, sur un sujet au préalable relâché grâce à des manoeuvres de mobilisations douces et d'étirement musculaire.



Tests de mobilité combinés du rachis cervical inférieur
Recherche de dysfonction en convergence articulaire



Tests de mobilité combinés du rachis cervical inférieur
Recherche de dysfonction en divergence articulaire

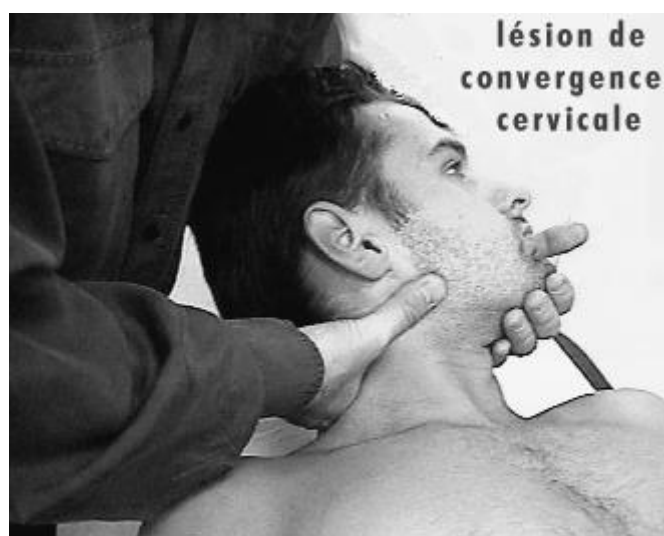
On aboutit ainsi au diagnostic de:

- dysfonction dite en « convergence articulaire », si la limitation de mobilité concerne le mouvement de divergence, ou
- dysfonction dite en « divergence articulaire », si la limitation de mobilité concerne le mouvement de convergence.

Ces dysfonctions peuvent concerner soit l'étage C5-C6, soit C6-C7.

TRAITEMENT OSTEOPATHIQUE

Dans ce cas, le traitement consiste en l'ajustement spécifique de la lésion cervicale, après avoir éliminé les contre-indications, notamment par la pratique des tests cliniques de provocation et après étude radiologique.



Exemple de technique de correction d'une dysfonction cervicale en « convergence ».

4/ L'EPICONDYLALGIE D'ORIGINE THORACO-BRACHIALE

DIAGNOSTIC

La symptomatologie douloureuse est la conséquence d'un conflit dynamique entre certaines fibres issues du plexus brachial et les éléments du défilé ostéo-musculaire de forme quadrilatère constitué par les muscles scalène antérieur en avant, scalène moyen en arrière, la clavicule en haut et la première côte en bas.

En pratique quotidienne, on retrouve cette forme clinique chez des sujets présentant des contractures permanentes des muscles cervicaux (trapèzes supérieurs, splénius, scalènes) générées par une mauvaise position de travail (ordinateur) ou secondaires à une cyphose dorsale haute.

Cliniquement, la douleur ne se limite pas au compartiment externe du coude et s'étend en fait à un territoire plus vaste pouvant aller de la face antérieure de l'épaule et du bras à la face externe de l'avant-bras. Cette douleur s'accompagne classiquement de paresthésies. Souvent ces douleurs sont confondues avec une névralgie cervico-brachiale, mais contrairement à une radiculalgie, il n'y a jamais de caractère impulsif à la toux ou aux manoeuvres qui augmentent la pression dans le L.C.R.

Le diagnostic sera évoqué si les symptômes apparaissent ou s'aggravent lors de certains mouvements ou de certaines positions prolongées du bras comme l'abduction associée à la rotation externe du bras.

L'examen clinique retrouve un signe d'ADSON positif: abolition ou diminution d'intensité du pouls radial lors du maintien du membre supérieur en abduction-rotation externe. On pourra sensibiliser la manoeuvre en l'associant soit à une inspiration profonde, ce qui permet de recruter les scalènes, soit à une inclinaison controlatérale du rachis cervical.

EXAMEN OSTEOPATHIQUE:

On pratiquera plusieurs tests de mobilité articulaire:

- tests de mobilité concernant la charnière cervico-dorsale: C7-D1, D1-D2, à la recherche d'une dysfonction inter-vertébrale.
- test d'évaluation comparative de la mobilité de la première côte droite et gauche, lors des mouvements d'inspiration et d'expiration forcée. Une restriction de mobilité de la première côte à une influence directe sur le défilé thoraco-brachial pouvant créer le conflit.
- tests de mobilité de la clavicule (articulations sterno-claviculaire et acromio-claviculaire)

De plus, on recherchera des contractures unilatérales des scalènes du côté du conflit.

TRAITEMENT OSTEOPATHIQUE

Le traitement commence toujours par une succession de manoeuvres dites de "traitement général ostéopathique", dont l'objectif est de parvenir à la levée des tensions musculaires loco-régionales par des techniques d'étirements rythmiques, de tractions axiales,

de contractés-relâchés, inhibitions, etc. Dans ce cas, on cherchera tout particulièrement à améliorer l'extensibilité des scalènes du côté du conflit.

Une ou plusieurs corrections articulaires spécifiques seront ensuite effectuées, selon les résultats des tests de mobilité et la ou les dysfonctions retrouvées.

La dysfonction la plus fréquemment retrouvée est la première côte dite en "inspir": restriction de l'abaissement physiologique de la première côte lors de l'expiration, élément majeur de compression des éléments nerveux.

Ce traitement ostéopathique n'exclut nullement la rééducation. En cas de présence d'une cyphose dorsale ancienne, cette dernière reste indispensable au rééquilibrage postural.

5/ L'EPICONDYLALGIE NEUROGENE

Cause beaucoup plus rare, elle résulte d'un syndrome canalaire au niveau de la gouttière bicipitale externe, concernant la branche postérieure du nerf radial.

Celui-ci peut être irrité soit par l'expansion externe du biceps, soit par une arcade fibreuse issue du court supinateur (arcade de Frohse). Selon certains auteurs, le geste du revers de tennis favoriserait la sollicitation de ce muscle et augmenterait les risques de compression du nerf entre ce muscle et son aponévrose de recouvrement, .

Cliniquement, ce syndrome se manifeste par une douleur partant du compartiment externe du coude irradiant le long de la face dorsale de l'avant-bras. Cette douleur à prédominance nocturne est associée à des troubles sensitifs de la face dorsale de la main, territoire du radial.

L'E.M.G. peut montrer, dans les formes graves, des signes de dénervation si la compression est importante et ancienne.

TRAITEMENT :

- infiltrations dans la zone de compression,
- parfois neurales chirurgicales.

CONCLUSION

L'abord d'une douleur de la face externe du coude nécessite un interrogatoire minutieux ainsi qu'un examen clinique programmé systématique du coude, de la ceinture scapulaire et du rachis cervical, qui permettent dans certains cas de mettre en évidence des signes en faveur d'une étiologie à distance du coude .

L'originalité de la médecine manuelle ostéopathique est double:

- elle ajoute à l'examen clinique classique des tests de mobilité spécifique, se définissant comme des manœuvres d'évaluation à la fois qualitative et quantitative des mouvements articulaires passifs. La médecine manuelle ostéopathique définit ainsi des dysfonctions réversibles de la mobilité articulaire selon les lois de la biomécanique articulaire.
- à chaque type de dysfonction correspond une technique d'ajustement spécifique. Cet aspect particulier qui met en relation une perturbation donnée de la mobilité articulaire avec une technique de traitement manipulatif est l'une des caractéristiques principales qui différencie l'ostéopathie des autres écoles de médecine manuelle. Elle implique une connaissance

approfondie de l'anatomie et des lois de la bio-mécanique articulaire, ainsi qu'un sens palpatoire développé.

Seul un médecin ostéopathe solidement formé au diagnostic en pathologie de l'appareil locomoteur, à la pratique des tests et des manipulations ostéopathiques pourra assurer au patient, notamment en éliminant les contre-indications, un traitement efficace et sans danger.

BIBLIOGRAPHIE

1- GREENMAN Ph. - Université de médecine manuelle ostéopathique de Chicago-U.S.A.: "Principles of Manual Medecine" second edition -1996- Williams & Wilkins

2- MAIGNE R. : "Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne" - 1989- Expansion Scientifique Française

3- RODINEAU J. : "50 sites douloureux en traumatologie du sport: leur signification pathologique" -1999- Masson

4- SILVESTRE D., BAECHER R. : "Counterstrain : technique de médecine manuelle": Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris) Kinésithérapie - Médecine Physique - Réadaptation 26-075-A-10

5- VAUTRAVERS Ph., LECOQ J.: Fréquence des accidents vasculaires après manipulations vertébrales cervicales. La Revue de Médecine Orthopédique N° 52, Mars 1998.

ENSEIGNEMENT PREPARANT AU DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE DE MEDECINE MANUELLE - OSTEOPATHIE (FACULTE DE MEDECINE PARIS NORD):

voir site internet de l'A.N.M.S.R.: <http://www.cpod.com/monoweb/anmsr/>